

## بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر شادکامی دختران نوجوان

بتول غضنفری<sup>۱</sup>، مهناز شیرازی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> مشاور، آموزش و پرورش خراسان رضوی

<sup>۲</sup> مشاور، آموزش و پرورش خراسان رضوی

### چکیده

این پژوهش به بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر شادکامی دختران نوجوان می پردازد. پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با استفاده از یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری، شامل تمامی دانش آموزان دختر سال دهم ناحیه ۴ آموزش و پرورش شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ بود؛ که در پرسشنامه سلامت روان، یک نمره انحراف معیار بالاتر از میانگین دریافت کرده بودند. از این جامعه ۴۰ دانش آموز به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و به شیوه جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه هر گروه ۲۰ نفر گماشته شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) بود. گروه آزمایش، گروه درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای یک بار دریافت کرد. نتایج نشان داد، گروه درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر مؤلفه های رضایت از زندگی و خود کارآمدی شادکامی دختران نوجوان موثر و بر مؤلفه های دیگر شادکامی مؤثر نبوده است. از آنجا که این مداخله منجر به ارتقاء روابط، آگاهی از مسئولیت و واقعیت می شود؛ می توان به عنوان مداخله ای مؤثر در شادکامی نوجوانان استفاده کرد.

**واژه های کلیدی:** گروه درمانی، نظریه انتخاب، شادکامی، دختران، نوجوان.

## مقدمه

یکی از مراحل بحرانی زندگی، دوره نوجوانی است که با رشد و شکل گیری هویت، افزایش خودمختاری، تأثیرهمسالان، تغییرات زیست شناختی و قرار گرفتن در معرض محیط و رفتارهای جدید توصیف می شود (Temple<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲، نقل از لواف، شکری و قنبری، ۱۳۹۳). نوجوانی دوره ای بین کودکی و یزرگسالی است. با توجه به این که سال های نوجوانی دوره شکل گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی ها و از جمله آسیب پذیری به اختلالات روانی می تواند قابلیت ها و در نهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد. از این رو توجه به نیازهای نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است (رابرت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ نقل از رنجبر، رسولی و ثنایی، ۱۳۹۳).

امروزه علی رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه های زندگی، بسیاری از افراد و خصوصا نوجوانان دختر در رویارویی با مسائل زندگی، فاقد توانایی لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی آسیب پذیر کرده است (برغندان، ترخان و قائمی خمایی، ۱۳۹۱). این دوره بهترین فرصت برای رشد و شکوفایی توانمندی هاست. به این مناسبت دوره نوجوانی را یکی از فرصت های پر اهمیت در زندگی آدمی به شمار آورده اند (پرتو، ۱۳۹۴). کودکان و نوجوانان نیاز جدی دارند که علاوه بر کسب تواناییهای خواندن، نوشتن، ریاضی و ... خدمات اثربخش در زمینه حفظ و ارتقای شایستگیهای روانی - اجتماعی و سلامت دریافت کنند. بر همین اساس و به منظور ارتقای سطح سلامت و پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی، در بسیاری از کشورها برنامه های متنوع آزمون و تجربه شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). مدرسه می تواند فرصت بی بدیل را برای بهبود بخشیدن به زندگی بسیاری از کودکان و نوجوانان ایجاد کند. به موازات حرکت ملتها برای آموزش همگانی، افزایش نقش مدارس در ارائه خدمات سلامت اهمیت یافته است. از این رو، توجه به بهداشت روانی کودکان و نوجوانان که در دوره بحرانی زندگی دستخوش تغییرات اساسی فیزیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی و نیز تنیدگی های شدید می شوند، ضرورت می یابد (گنجی، ۱۳۸۴). طی دهه آخر قرن بیستم برنامه ها و مداخله های مربوط به سلامت روان در مدارس به طور چشمگیری افزایش یافته است (گرینبرگ، دومیتویچ و بومبارگر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱) که با بررسی این برنامه ها و بازنگری مطالعات پژوهشی، می توان آن ها را در یکی از دو مقوله زیر قرار داد: ۱) گستره ای وسیع از برنامه های مبتنی بر پیشگیری، مانند آموزش مهارت های زندگی، در مدارس مناطق گوناگون یا در گروه های بزرگی از دانش آموزان به اجرا در آمده اند. ۲) مداخله های تجویز شده یا هدایت شده، برای شناسایی مشکلات و اختلالات خاص در کودکان و نوجوانان و انجام اقدامات لازم برای بهبودی سلامت آنان. مقوله اخیر با گروه هایی سروکار دارد که ممکن است از رفتارهای مشکل زا و مختل کننده رنج ببرند یا در معرض تهدید عوامل خطر ساز باشند. (وایست، ساندز، اکسلرودلوییز و کریتودولو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). هر انسانی دارای ویژگی های شخصیتی و الگوهای رفتاری گوناگونی است. یکی از این ویژگی ها که نقش عمده ای در بقای انسان و سلامت روانی او دارد، شادکامی است. انسان با کمک این توانایی است که می تواند با شرایط متغیر محیطی و درونی خود کنار آید و موجودیت و سلامت روانی خود را حفظ کند (جلالی، ۱۳۹۵). شادکامی، تجربه کردن مکرر هیجان های خوشایند، فقدان نسبی احساس های ناخوشایند، و احساس کلی رضایت از زندگی است (بیسواس - دینر و دین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). با این زمینه باید گفت؛ شادکامی یکی از متغیرهایی است که چندی است در حوزه روانشناختی وارد شده است و تحقیقاتی هم در این زمینه انجام شده که برخی از آن ها مؤید رابطه مستقیم آن با بهبود سیستم ایمنی بدن می باشد. در واقع همه انسان ها به دنبال شادکامی هستند ولی درصد کمی از انسان ها به خوبی آن را احساس و کسب می کنند. زیرا در کسب و درک شادکامی به بعضی از جنبه های آن توجه می کنند و چون از ابعاد دیگر شادکامی غافل هستند به شادمانی پایدار دست پیدا نمی یابند. از سوی دیگر عدم شادی و استرس می تواند اثرات منفی بر سلامتی افراد داشته باشد

<sup>۱</sup>. Temple<sup>۲</sup>. Robert<sup>۳</sup>. Greenberg, Domtirovich & Bumbarger<sup>۴</sup>. Weiset, Sander, Axelrod Lowie & Christodulu<sup>۵</sup>. Biswas- Diener

بطوریکه استرس، با تضعیف نظام مصون کننده بدن، فرد را مستعد بیماری ها می سازد و تغییرات رفتاری نامطلوبی مانند، اعتیاد به الکل یا داروها را ایجاد می کند. احتمال طلاق و خودکشی را افزایش می دهد و در درازمدت موجب بیماری های مزمن چون فشار خون بالا، بیماری های قلبی و تنگی نفس و جزء آن را در پی دارد (لازاروس و فولکمن<sup>۶</sup>، ۱۹۸۴، به نقل از دیماتئو<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱؛ ترجمه صالحی فر و موسوی اصل، ۱۳۸۸).

بررسی های انجام شده نشان می دهند که درعمریک صدوچندساله روانشناسی عملی، عمدتاً بر ابعاد منفی هیجان ها توجه شده است. یک دلیل این موضوع شاید این باشد که هیجان های منفی، می توانند زندگی ما را به گونه ای شدیدتر و جدی تر تحت تأثیر قرار دهند. بیشتر مطالعات روان شناسان قرن بیستم بر اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب و اختلالات عاطفی تمرکز یافته است تا بر هیجانات مثبتی نظیر شادی و بهزیستی، با این وجود سالهای اخیر به نظریه نظری رسد که مطالعات افزایش چشمگیری داشته است (چامور<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از بهمنی، ۱۳۸۹). از طرفی هم با وجود این همه پیشرفت و رشد سرسام آور فناوری و رفاه مادی، دنیای امروز ما بسیار ناپایدار و نامطمئن شده است. بسیاری از افراد از یک احساس تنهایی و ناامیدی رنج می برند و در احساسی از بی معنایی دست و پا می زنند که بیشتر همراه با پوچی و تهی شدن (خلاء وجودی) است. همین مسئله، ریشه روان آزرده و اضطراب روزمره ای است که سلامت روانی آنان را تهدید می کند (محمدپور، ۱۳۸۹).

در حال حاضر، دیدگاه های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارض های نوجوانان هستند. دیدگاه های شناختی، شناختی رفتاری، سیستمی، درمان هیجانی، واقعیت درمانی گلاس و درمان انگیزشی نظام مند از جمله ی این درمان ها می باشند. در برخی رویکردهای درمانی، نظیر آنچه گلاس<sup>۹</sup> (۲۰۰۳) طرح کرده است بر مفاهیمی چون کنترل، مسئولیت پذیری و انتخاب تأکید می شود که می تواند بر راهبردهای مقابله و منبع کنترل افراد اثر بگذارد. در برخی اوقات که شرایط به راحتی ممکن نیست، کافی است برای کاهش استرس کاری انجام داد تا این که نسبت به آن موضوع بی تفاوت بود (ناومی و کیمبرلی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲؛ نقل از رمزی، سپهری شاملو، علی پور و زارع، ۱۳۹۳). نظریه انتخاب تأکید می کند به دلیل آن که رفتار انتخاب شده است، کناره گیری از مسئولیت شخصی یا مقصر دانستن دیگران یا جامعه برای مشکلات، غیر قابل پذیرش است (پترسون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵؛ نقل از اولادی، ۱۳۹۰). گلاس<sup>۹</sup> (۱۹۹۸) رفتار را شامل چهار مؤلفه ی عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می داند که افراد بر دو مؤلفه ی عملکرد و تفکر به طور مستقیم و بر مؤلفه های احساس و فیزیولوژی به طور غیرمستقیم کنترل دارند. هم چنین وی عقیده دارد که همه انسان ها با پنج نیاز ژنتیکی متولد می شوند و تمامی رفتارهای در جهت تأمین این نیازها است که عبارتند از: نیاز به عشق و تعلق، نیاز به آزادی، نیاز به قدرت، نیاز به تفریح و نیاز به بقا. از آن جا که رفتارها به عنوان راهی برای حل ناکامی ناشی از رابطه ای ناخوشایند انتخاب می شوند، پس هنگام تعامل با افرادی که در زندگی به «ها نیاز داریم می بایست انتخاب های مؤثرتری انجام دهیم (سلطانی شال، آقامحمدیان شهرباف و کارشکی، ۱۳۹۲).

نظریه انتخاب می گوید ما بیشتر از آنچه تصور می کنیم، بر زندگی خود کنترل داریم؛ هر چند بخش زیادی از این کنترل مؤثر نیست. کنترلی مؤثر است که حاصل انتخاب های بهتر باشد (پوند<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹). پذیرش اصول اولیه تئوری انتخاب به این معناست که ما مسئولیت تمام رفتارهایمان را برعهده می گیریم. این عقیده که فرد در مقابل رفتارش مسئول است، یکی از دستاوردهای نظریه انتخاب است و هنگامی که فرد تعهدی را در یک موقعیت می پذیرد این مسئولیت پذیری افزایش می یابد (اسکو، هابل و بل<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹). نظریه انتخاب علت مشکلات روانشناختی را در انتخاب های افراد و عدم مسئولیت فرد در

<sup>۶</sup> . Lazarus & Folkman

<sup>۷</sup> . Dimaeto

<sup>۸</sup> . Chamor

<sup>۹</sup> . Glasser

<sup>۱۰</sup> . Naomi & Kimberly

<sup>۱۱</sup> . Peterson

<sup>۱۲</sup> . Pound

<sup>۱۳</sup> . Schoo, Habel & Bell

ارضا ی نیازهای خود می داند؛ در این درمان تلاش می شود که افراد از طریق انتخاب های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند(کاکیا<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰؛ دربی، ۲۰۰۷؛ به نقل از اسلامی، هاشمیان، جراحی و مدرس غروی، ۱۳۹۲). در حقیقت هدف اصلی این رویکرد، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب های مناسب است، درمانگران معتقدند که مشکل اساسی اغلب درمان جویان فقدان روابط رضایت بخش یا موفق در هنگام تعامل کردن با افرادی است که در زندگی به آنها نیاز دارند(همان منبع).

به اعتقاد استوب و رامبو<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۷) رویکرد واقعیت درمانگری از آن دسته رویکردهایی است که می تواند در زمره روان درمانگری مدرسه به حساب آید. تحقیقات نشان می دهند که جلسات واقعیت درمانگری می تواند به کودکان و نوجوانان احساس تعلق ببخشند(بالیکس و دورا<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۷).

پژوهش ها نشان می دهد که نظریه انتخاب و واقعیت درمانی نقش مؤثری در کاهش مشکلات روانی در سنین مختلف داشته است از جمله برافزایش سازگاری اجتماعی و خود-تنظیمی در نوجوانان (حسینی، ازه ای، غلامعلی لواسانی و خلیلی، ۱۳۹۶)؛ افسردگی بزرگسالان (بهار گاوا<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۳)؛ خودتنظیمی، سازگاری اجتماعی و کاهش پرخاشگری (حسینی، غلامعلی لواسانی و مهرابی، ۱۳۹۱)؛ انگیزش تحصیلی و اهمال کاری (نیک بخت، عبدخدایی و حسن آبادی، ۱۳۹۲)؛ اعتیاد به اینترنت و حرمت خود؛ احساس ارضای نیاز و تغییر رفتار دانش آموزان دبیرستانی(لوید<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۵)؛ افزایش توان مقابله با رفتارهای قلدرانه با دانش آموزان قربانی قلدری (مرادی، اعتمادی و نعیم آبادی، ۱۳۸۹)؛ بر سطح اعتیاد به اینترنت و عزت نفس دانشجویان کره ای معتاد به اینترنت (کیم<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸)؛ نقل از ملکی تبار و ریاحی، ۱۳۹۴)؛ بر سبک های حل تعارض و کیفیت رابطه زوجین ناسازگار(غضنفری، کشاورزی ارشدی، حسنی و امامی پور، ۱۳۹۷).

همچنین پژوهش ها نشان می دهند که افراد با شادکامی بالا، بیشتر عمر می کنند، ازدواج های طولانی تری دارند، درآمد بیشتری دارند، از سوی کارفرمایان شان بهتر ارزیابی می شوند، عادت بهداشتی بهتر و روزهای بیماری کمتری دارند، به طور مؤثری به روابطشان تمایل نشان می دهند، نوع دوست تر، کنجاوتر، جستجوگرتر، قدرشناس تر، امیدوارتر و خلاق تر هستند، بیش از افراد دیگر خطر می کنند، در پی روابط جدید هستند و از سبک های سالم تفکر بهره می برند (بیسواس - دینر و دین، ۲۰۰۷). دینر و سلگمن<sup>۲۰</sup> (۲۰۰۲) وجه مشترک افراد شاد را در داشتن تعلقات اجتماعی ارزشمند می دانند. شادکامی به وسیله یک عامل ایجاد نمی شود؛ بلکه از طیف وسیعی از متغیرها تأثیر می پذیرد. پژوهش ها نشان می دهند که عوامل عمده مؤثر بر شادکامی تحت کنترل شخصی افراد هستند (بیسواس - دینر و دین، ۲۰۰۷). این عوامل عبارتند از اهداف (ایمونز<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۹؛ ساگیو، روکاس و هازن<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۴)، روابط اجتماعی مثبت (آرگایل<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۱؛ بیسواس - دینر و دین، ۲۰۰۷)؛ نقل از خدادادی سنگده، تولائیان و بلقان آبادی، ۱۳۹۳).

برخوری، رفاهی و فرح بخش (۱۳۸۸) در پژوهش خود با هدف بررسی اثر بخشی تقویت مهارت مثبت اندیشی به شیوه گروهی بر افزایش انگیزه پیشرفت، حرمت خود و شادکامی به این نتیجه دست یافتند که این شیوه درمان گروهی اثر بخشی بوده است (سلگمن و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از سعادت، ۱۳۹۰). پژوهشهای مربوط به شادکامی به عنوان بخشی در مطالعات چهاردهه آخر بیستم در بسیاری از جوامع با اندازه گیری و مقایسه شادکامی در سطوح ملی، منطقه ای و حتی بین

<sup>۱۴</sup> . Kikia

<sup>۱۵</sup> . Stobe, Rambow

<sup>۱۶</sup> . Balikis, Duru

<sup>۱۷</sup> . Bahargava

<sup>۱۸</sup> . Loyd

<sup>۱۹</sup> . Kim

<sup>۲۰</sup> . Seligman

<sup>۲۱</sup> . Emmons

<sup>۲۲</sup> . Sagiv, Roccas & Hazan

<sup>۲۳</sup> . Argyle

المللی توانسته اند تصویری گویا و عینی از موقعیت و شرایط زندگی در جوامع خود بدست دهند و به این وسیله زمینه را برای مطالعات بیشتر و جامع تر فراهم آورد. هم چنین براساس پژوهش های مختلف مشخص شده است دانش آموزانی که افسرده تر می باشند دارای انگیزه ی تحصیلی کمتری هستند و میزان فعالیتهای آموزشی آنها کاهش می یابد (میرزایی، ۱۳۸۹). از آن جا که زندگی پر از چالش ها و استرس ها و مشکلات است، لذا انسان نیازمند ابزارهایی برای مقابله با این شرایط است. با توجه به مطالب ارائه شده، هدف این پژوهش بررسی گروه درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر شادکامی دختران نوجوان است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و شامل مراحل اجرایی زیر بود: جایگزین کردن تصادفی آزمودنی ها؛ اجرای پیش آزمون و جمع آوری داده ها؛ اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایشی؛ اجرای پس آزمون و جمع آوری داده ها. جامعه آماری پژوهش رادانش آموزان دختر پایه دهم ناحیه ۴ آموزش و پرورش مشهد تشکیل دادند که از این جامعه آماری، ۶۰ دانش آموز که در پرسشنامه سلامت روان (GHQ) یک انحراف معیار پایین تر از میانگین کسب کرده بودند انتخاب و سپس بر اساس ملاک های ورود و خروج در پژوهش ۴۰ دانش آموز انتخاب و به صورت تصادفی ۲۰ دانش خدمات مشاوره ای و درمانی بهره مند شدند. معیارها و شرایط ورود در این پژوهش عبارت بودند از: دانش آموزانی که می- توانستند ۸ جلسه پایایی در جلسات شرکت کنند و رضایت مکتوب خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کنند؛ ملاک های خروج: غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات مشاوره گروهی نظریه انتخاب و عدم انجام تکالیف مربوطه، دریافت به طور همزمان درمان روانشناختی به صورت فردی و گروهی.

### ابزار گردآوری داده ها

#### پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI)

آزمون شادکامی آکسفورد (OHI) دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می سنجد. این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط مایکل آرگایل و براساس پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۸) ساخته شده است. ۲۱ عبارت این پرسشنامه از BDI گرفته شده و معکوس گردیده و ۱۱ پرسش به آن اضافه شده است تا سایر جنبه های سلامت ذهنی را پوشش دهد. مانند آزمون افسردگی بک هر گویه پرسشنامه شادکامی دارای چهار گزینه است که آزمودنی باید بر طبق وضعیت فعلی خودش یکی از آنها را انتخاب نماید. امروزه به طور گسترده ای از این آزمون در پژوهش های مربوط به شادکامی استفاده می شود. روایی و پایایی پرسشنامه را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی باز آزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها ۰/۴۳ محاسبه شد. همچنین از آنجایی که شادکامی دارای سه بخش: عاطفه مثبت، رضایت و نبود عاطفه منفی دانسته شده، همبستگی این پرسشنامه با مقیاس عاطفه مثبت برادرن (۰/۳۲)، با شاخص رضایت از زندگی (۰/۵۷) و با پرسشنامه افسردگی بک (۰/۵۲) محاسبه شد. در پژوهشی که توسط علی پور و نوربالا (۱۳۷۸) با نمونه ای متشکل از ۱۰۱ نفر از دانشجویان دانشگاه های تهران صورت گرفت؛ ضریب همسانی درونی برای گروه مردان و زنان به ترتیب برابر ۰/۹۴ و ۰/۹۰ و اعتبار باز آزمایی پس از ۷ هفته ۰/۷۸ و ضریب پایایی باز آزمایی با فاصله زمانی سه هفته در یک نمونه ۲۵ نفری ۰/۷۹ به دست آمد. در این پژوهش آلفا کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

### نتایج

شاخص های توصیفی ابعاد و نمره کل شادکامی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

<sup>۲۴</sup> Oxford Happiness Inventory

(جدول ۱. شاخص های توصیفی ابعاد و نمره کل شادکامی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل)

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		آزمون کالموگروف -	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	شاخص	سطح
خودپنداره	آزمایش	۱۰/۳۵	۲/۲۹	۱۴/۰۰	۳/۶۶	۰/۱۴	$p \geq 0/20$
	کنترل	۹/۵۳	۳/۱۸	۱۰/۱۲	۳/۶۵	۰/۱۵	$p \geq 0/20$
رضایت از	آزمایش	۴/۲۴	۱/۹۲	۵/۲۴	۰/۹۷	۰/۱۵	$p \geq 0/20$
	کنترل	۳/۶۵	۱/۴۶	۳/۴۱	۱/۸۷	۰/۱۴	$p \geq 0/20$
زندگی	آزمایش	۴/۷۴	۱/۴۵	۶/۵۲	۲/۲۷	۰/۱۷	$p \geq 0/20$
	کنترل	۴/۶۵	۳/۴۴	۴/۴۷	۲/۷۴	۰/۱۳	$p \geq 0/20$
آمادگی	آزمایش	۳/۷۶	۲/۱۱	۳/۲۴	۱/۳۰	۰/۱۵	$p \geq 0/20$
	کنترل	۲/۷۱	۱/۶۱	۲/۶۴	۱/۹۰	۰/۲۰	$p = 0/08$
سرذوق بودن	آزمایش	۷/۴۱	۱/۵۰	۹/۲۴	۲/۵۶	۰/۱۷	$p \geq 0/20$
	کنترل	۷/۰۰	۲/۸۹	۷/۵۳	۳/۰۸	۰/۱۶	$p \geq 0/20$
احساس	آزمایش	۵/۸۸	۲/۰۳	۸/۰۰	۲/۲۱	۰/۱۲	$p \geq 0/20$
	کنترل	۴/۸۲	۲/۱۳	۵/۱۸	۲/۲۷	۰/۱۷	$p = 0/19$
زیبایی	آزمایش	۳/۰۰	۱/۳۷	۳/۵۳	۱/۰۷	۰/۱۸	$p = 0/15$
	کنترل	۳/۴۷	۲/۴۰	۲/۸۲	۱/۱۳	۰/۲۰	$p = 0/07$
خودکارآمدی	آزمایش	۳۷/۰۶	۵/۹۲	۴۹/۷۶	۱۱/۲۷	۰/۱۸	$p \geq 0/20$
	کنترل	۳۴/۹۴	۱۳/۵۶	۳۶/۱۸	۱۵/۹۷	۰/۱۹	$p \geq 0/20$

در این پژوهش جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. برای انجام این آزمون، علاوه بر فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرها، بهنجار بودن توزیع متغیرها، تحقق مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و نیز همبستگی متغیرهای وابسته ضروری است. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یکراهه<sup>۲۵</sup> جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج نشان می دهد که توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه ها نرمال است. بررسی همگن بودن ماتریس های واریانس-کوواریانس با آزمون ام. باکس<sup>۲۶</sup> نیز نشان داد که این مفروضه محقق شده است (Box's  $M=40/67$ ,  $F=1/11$ ,  $P=0/32$ ). آزمون کرویت بارلت<sup>۲۷</sup> نیز نشان داد که میان متغیرها وابسته همبستگی وجود دارد ( $Bartlett's \chi^2=142/32$ ,  $P=0/001$ ). بر این اساس امکان استفاده از آزمون کوواریانس چندمتغیره فراهم شده است. نتایج این تحلیل در جدول ۲ آورده شده است.

(جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در ابعاد شادکامی)

متغیرها	منبع تغییرات	مکعب مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتای سهمی	توان آزمون
خودپنداره	پیش آزمون	۹۷/۰۶	۸/۶۴	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۸۱
	عضویت گروهی	۲۲/۳۹	۱/۹۹	۰/۱۷	۰/۰۷	۰/۲۷
رضایت از	پیش آزمون	۱/۴۵	۱/۵۱	۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۲۲
	عضویت گروهی	۵/۲۱	۵/۴۳	۰/۰۳	۰/۱۸	۰/۶۱
آمادگی روانی	پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۰۴	۰/۸۲	۰/۰۲	۰/۰۶

۲۵. One Way Kolmogorov-smirnov

۲۶. Box's M

۲۷. Bartlett's Test of sphericity

عضویت گروهی	۸/۶۲	۱/۸۶	۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۲۶
پیش آزمون	۳/۵۵	۱/۹۷	۰/۱۷	۰/۰۷	۰/۲۷
سردوق بودن	۰/۱۷	۰/۰۲	۰/۸۵	۰/۰۱	۰/۰۵
احساس	۶/۹۸	۱/۴۵	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۲۱
زیبایی	۱/۱۱	۰/۲۳	۰/۶۴	۰/۰۱	۰/۰۸
پیش آزمون	۹/۸۸	۳/۱۱	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۴۰
خودکارآمدی	۲۳/۲۶	۷/۳۱	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۷۴
پیش آزمون	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۷۰	۰/۰۱	۰/۰۷
امیدواری	۱/۵۰	۱/۲۲	۰/۲۸	۰/۰۵	۰/۱۹
عضویت گروهی					

نتایج آزمون لامبدای ویلکز<sup>۲۸</sup> برای چندمتغیره بودن نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته بر حسب عضویت گروهی معنادار نیست ( $F=۱/۳۸, P\geq ۰/۰۵, Wilks' \Lambda=۰/۶۶$ ). تحلیل های تک متغیره در جدول ۲ نشان می دهد که تنها در رضایت از زندگی ( $P\leq ۰/۰۵$ ) و خودکارآمدی ( $P\leq ۰/۰۵$ ) تفاوت معناداری بر حسب عضویت گروهی وجود دارد اما در سایر ابعاد شادکامی این تفاوت معنادار نیست ( $P\geq ۰/۰۵$ ). مقایسه میانگین های اصلاح شده پس از حذف اثر پیش آزمون نشان می دهد که میانگین رضایت از زندگی (۴/۷۶ در برابر ۳/۸۹) و خودکارآمدی (۷/۵۱ در برابر ۵/۶۶) در آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. اندازه اثر این مداخله در افزایش رضایت از زندگی و خودکارآمدی به ترتیب ۰/۱۸ و ۰/۲۳ است. بدین معنی که دریافت یا عدم دریافت گروه درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب تنها ۱۸ درصد تفاوت ها در رضایت از زندگی و ۲۳ درصد تفاوت های موجود میان آزمودنی در خودکارآمدی را تبیین می کند. توان آزمون نیز ۰/۶۱ و ۰/۷۴ می باشد که نشان دهنده کفایت نسبی آزمون در تشخیص تفاوت هاست.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر شادکامی دختران نوجوان بود. نتایج به دست آمده نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون معنادار است. این نتایج با یافته های (حسینی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ (بهار گاو، ۲۰۱۳)؛ (حسینی و همکاران، ۱۳۹۱)؛ (نیک بخت و همکاران، ۱۳۹۲)؛ (لوید، ۲۰۰۵)؛ (مرادی و همکاران، ۱۳۸۹)؛ (کیم، ۲۰۰۸)؛ (نقل از ملکی تبار و ریاحی، ۱۳۹۴)، (غضنفری و همکاران، ۱۳۹۷) همخوانی دارد. نتایج به دست آمده نشان داد رویکرد مبتنی بر نظریه انتخاب به صورت گروهی در افزایش شادکامی دختران نوجوان اثربخش بوده است. و اندازه ی این اثر در مقیاس رضایت از زندگی و خودکارآمدی معنادار بود. در تبیین این یافته می توان گزارش داد که آموزش و یادگیری این نظریه به اختیار و آزادی شخصی نوجوانان در تمام جنبه های زندگی منتهی می شود و نورامید را در دل آن ها زنده نگه می دارد؛ آن جایی که نظریه انتخاب مفهوم منسجمی از رفتار انسان را آموزش می دهد و افراد را به سوی روان شناسی کنترل درونی و دست شستن از کنترل بیرونی دعوت می کند، بر اساس تجربه زمانی که می توانیم باور خود مبنی بر کنترل بیرونی و اجبار را به یک آگاهی و شناخت صحیح از انتخاب تبدیل کنیم، به خوبی در مسیر یک تغییر اثربخش و طولانی مدت قرار خواهیم گرفت. در اینجا است که به تمرکز بر گذشته و سرزنش رفتار و کردار دیگران پایان داده که در واقع هیچ کنترلی هم بر آن نداریم و آماده ایم که در اینجا و هم اکنون رفتارهای اثربخش تری که بر آن ها کنترل کافی داریم را انتخاب کنیم (گلاس، ۱۹۹۹)؛ (نقل از ملکی تبار و ریاحی، ۱۳۹۵). با آموزش نظریه انتخاب به نوجوان کمک می کنیم

<sup>۲۸</sup>. Wilks' Lambda



تاخودراقربانی شرایط وافرانداند (گلاس، ۲۰۱۲). گلاس معتقد است بایادگیری نظریه انتخاب می آموزیم که این ماهستیم که رفتارخودراانتخاب می کنیم. می توانیم به سمت یک نگرش بسیارقدرتمندبه جهان هستی حرکت کنیم. گلاسراین نگرش راباداشتن یک زندگی تحت کنترل خود، شادکامی و برخورداری ازسلامت روان مرتبط می داند. شادکامی همیشه جزاهداف بشربوده است وهمگان برای رسیدن به آن درتلاش هستند. نظریه انتخاب فرایندی است با تأکید بر انتخاب، مسئولیت پذیری و ارزیابی شخصی، که در این روند فرد پاسخ گوی انتخاب ها و پیامدهای آن است. این نظریه سعی دارد که با آگاه ساختن فرد نسبت به رفع نیازهایش او را از تمرکز بر عوامل بیرونی و سلب مسئولیت در برابر خویش به سمت تأکید بر توانایی هایش و مسئولیت پذیری بیشتر سوق دهد. گلاس روش درمانی خود را یک فرایند آموزشی و نه صرفا درمانی می داند. مشاوره بخش مهمی در فرایند یادگیری و چگونگی حل مسائل کودکان، هدایت نوجوانان و در نهایت پرورش افرادی است که مشاور خود باشند (وبولدینگ<sup>۲۹</sup>، ۲۰۱۰). همچنین نتایج پژوهش ( بیسواس – دینر و دین، ۲۰۰۷)، نشان داد که افراد با شادکامی بالا، بیشتر عمر می کنند، ازدواج های طولانی تری دارند، درآمد بیشتری دارند، از سوی کارفرمایان شان بهتر ارزیابی می شوند، عادت بهداشتی بهتر و روزهای بیماری کمتری دارند، به طور مؤثری به روابطشان تمایل نشان می دهند، نوع دوست تر، کنجواتر، جستجوگرتر، قدرشناس تر، امیدوارتر و خلاق تر هستند، بیش از افراد دیگر خطر می کنند، در پی روابط جدید هستند و از سبک های سالم تفکر بهره می برند. از نظر روانشناسان افرادشادکام افرادسالم تر ورشدیافته تری هستند. آنها با شادکامی به سوی اهدافشان حرکت می کنند و احساس رضایت وعلاقه بیشتری به خود و دیگران دارند (کایرا<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۲). برخوردی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود با هدف بررسی اثر بخشی تقویت مهارت مثبت اندیشی به شیوه گروهی بر افزایش انگیزه پیشرفت، حرمت خود و شادکامی به این نتیجه دست یافتند که این شیوه درمان گروهی اثر بخشی بوده است. شادکامی به بهزیستی ذهنی گفته می شود؛ یعنی درک کلی فرد از رضایتش نسبت به زندگی (لیمبروسکی<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۰). از آنجایی که رسیدن به شادکامی هنرمهمی در زندگی دختران نوجوان تلقی می شود، لذا لزوم آموزش هایی جهت دستیابی به میزانی از شادکامی در این افراد ضروری احساس می شود. نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله به جز بر مقیاس رضایت از زندگی و خودکارآمدی بر مقیاس های دیگر شادکامی موثر نبوده است؛ در تبیین این یافته می توان گفت برنامه های خیلی موفق، جامع هستند ومؤلفه های چندگانه دارند ومعطوف به افراد، خانواده ها، همسالان، مدارس، اجتماعات و رسانه ها هستند. همچنین، راهبردهای پیشگیری برای دستیابی به اثرهای مورد نظر، نیاز به قوت واستمرار دارند. تقویت وپیشبرد نشستها برای ایجاد حرکت وپیشرفت اولیه وحفظ اثرات در طول زمان مهم هستند.

در پایان می توان نتیجه گرفت گروه درمانی مبتنی برنظریه انتخاب بر شادکامی دختران نوجوان موثر است. از محدودیت های پژوهش این است که جامعه آماری پژوهش رادختران نوجوان تشکیل دادند و بنابراین نتایج این پژوهش قابل تعمیم به جامعه پسران نیست. پیشنهاد می شود برای برنامه ریزی های گسترده وعلمی پژوهش حاضر در نقاط مختلف وبانمونه های مختلف تکرار شود. همچنین این پژوهش در جامعه ای خارج از آموزش و پرورش و با در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی اجرا شود؛ همچنین برگزاری دوره های تخصصی با استفاده از رویکرد مبتنی بر نظریه انتخاب به مشاوران و درمانگران پیشنهاد می شود.

<sup>۲۹</sup> . Wolding<sup>۳۰</sup> . Chiara<sup>۳۱</sup> . Lymbomirsky



## منابع

- اسلامی، رضا؛ هاشمیان، پیمان؛ جراحی، لیدا؛ مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۲). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست در مشهد. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۶(۵)، ۳۰۰-۳۰۶.
- اولادی، زکیه. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر واقعیت درمانی در کاهش دلزدگی و افزایش رضامندی زناشویی زنان متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد.
- برخوری، حمید، رفاهی، ژاله، و فرح بخش، کیومرث. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی به شیوه گروهی بر انگیزه
- پیشرفت، عزت نفس، و شادکامی دانش آموزان پسر پایه اول دبیرستان شهر جیرفت. فصلنامه علمی - پژوهش رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۱، ۱۴۴-۱۳۱.
- برغندان، سپیده؛ ترخان، مرتضی؛ قائمی خمایی، نیما (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر رشت، فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، ۸(۲).
- بهمنی، سمیه (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی با افسردگی شغلی و شادکامی مدیران مدارس شهر مرو دشت در سال ۸۹-۸۸، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرو دشت.
- پرتو، مسلم. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر بهبود خودکارآمدی و جرأت ورزی در دانش آموزان پایه اول متوسطه، فصلنامه تعلیم و تربیت، ۱۲۲، ۱۴۶-۱۷۰.
- حسینی، سید رحمان؛ اژه ای، جواد، غلامعلی لواسانی، مسعود و خلیلی، شیوا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و واقعیت درمانگری بر افزایش سازگاری اجتماعی و خود-تنظیمی، مجله روانشناسی، ۲۱(۲)، ۱۱۸-۱۳۲.
- حسینی، سید رحمان؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و محرابی، سیده زهرا. (۱۳۹۱). اثر بخشی مشاوره گروهی با روش واقعیت درمانی بر کاهش پرخاشگری در نوجوانان.
- خدادادی سنگده، جواد، تولاتیان، سید عبدالحسین و بلقان آبادی، مصطفی. (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی بر افزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه، فصلنامه روانشناسی خانواده، ۱۱(۱)، ۵۳-۶۲.
- سعادت، حسین. (۱۳۹۰). بررسی میزان شادکامی در دانش آموزان نوجوان دختر و تأثیر مثبت درمانی گروهی بر شادکامی آنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد.
- سلطانی شال، رضا؛ آقامحمدیان شریاف، حمیدرضا؛ و کارشکی، حسین. (۱۳۹۲). نقش تیپ شخصیتی و هوش هیجانی با میانجی گری استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله ای در کیفیت زندگی بیماران قلبی. ماهنامه علمی پژوهشی علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۷، ۴۴۹-۴۵۹.
- دیماتئو، ام رابین. (۱۹۹۱). روانشناسی سلامت، ترجمه: محمدرضا صالحی فر، سید مهدی موسوی اصل (۱۳۸۸)، تهران: نشر سمت.
- رنجبر، ادريس؛ رسولی، محسن و ثنایی، باقر. (۱۳۹۳). تأثیر معنادرمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان پسران اول متوسطه مدارس شبانه روزی، مجله پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۳۷-۵۴.
- رمزی، لیلا؛ سپهری شاملو، زهره، علی پور، احمد و زارع، حسین. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر راهبردهای مقابله ای، فصلنامه روانشناسی خانواده، ۱(۲)، ۱۹-۳۰.
- علی پور، احمد و آگاه هریس، مژگان. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی ها. فصلنامه روان شناسان ایرانی، ۳(۱۲): ۲۹۸-۲۸۷.
- علی پور، احمد؛ نوربالا، احمدعلی. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسش نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۵(۲و۱): ۶۴-۵۵.

غضنفری، بتول؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ حسنی، فربا و امامی پور، سوزان. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر سبک های حل تعارض و کیفیت رابطه زوج های ناسازگار، فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱۲، (۴۵) ۴۷-۶۲.

گلاس، ویلیام. (۲۰۱۲). واقعیت درمانی، ترجمه: علی صاحبی (۱۳۹۲)، تهران: سایه سخن.

گنجی، حمزه. (۱۳۸۴). بهداشت روانی، چاپ ششم، تهران: ارسباران.

لواف، هانی؛ شکری، امید و قنبری، سعید. (۱۳۹۳). نقش واسطه ای مدل های ارتباطی زوجین در رابطه بین تعارض زناشویی و مشکلات درونی سازی و برونی سازی شده دختران. فصلنامه روانشناسی خانواده، ۱(۲)، ۱۸-۳.

محمدپور، احمدرضا، ویکتور امیل فرانکل بنیانگذار معنادرمانی، تهران، دانه، ۱۳۸۹.

مرادی، محمد راضی؛ اعتمادی، احمد و نعیم آبادی، الهام. (۱۳۸۹). اثربخشی مشاوره گروهی بر اساس نظریه انتخاب ویلیام گلاس با دانش آموزان قربانی قلدری، به منظور افزایش توان مقابله با رفتارهای قلدرانه. مجله مطالعات روان شناختی، ۶(۴)، ۳۶-۱۱.

ملکی تبار، محمود و ریاحی، موسی. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی بر مبنای نظریه انتخاب بر کاهش اعتیاد به اینترنت، مجله طب انتظامی، ۵(۵)، ۳۳۱-۳۴۰.

میرزایی، بهدخت. (۱۳۸۹). بررسی میزان توجه به مولفه های شادکامی در برنامه درسی هنر دوره راهنمایی تحصیلی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

نیکبخت، الهام؛ عبد خدایی، محمد سعید؛ و حسن آبادی، حسین (۱۳۹۲). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش انگیزش تحصیلی و کاهش اهمالکاری تحصیلی دانش آموزان. مجله پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره ۳ (۲)؛ ۹۴-۸۱.

Balkis . M. & Duru , E . ( ۲۰۰۷ ) . The evaluation of the major characteristics and aspects of the procrastination in the framework of psychoiccal counseling and guidance Educational Sciences : Theory & Practice , ۷ , ۳۷۶-۳۸۵ .

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (۱۹۸۸). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, ۸, ۷۷-۱۰۰.

Bhargava , R( ۲۰۱۳ ) . The use of reality therapy with a depressed deaf adult . Clinical Case Studies , ۱۲ ( ۵ ) : ۳۸۸-۳۹۶ .

Biswas –Diener , R ., & Dean , B . ( ۲۰۰۷ ) . Positive Psychology Coaching , Putting the Science of Happiness to Work for Your Clients . Hoboken , NJ: John Wiley & Sons , Inc .

Chiara MA . Multidimensional optimism and well – being : A prospecrivw study of multiple consents of optimism as protective factor folloeing high stress . Doctoral dissertation . Temple University , Philadelphia ۲۰۰۲ .

Darbai M. Study of efficiency of teaching choice theory and reality therapy courses on increasing of intimacy among irreconcilable wives. MA. Dissertation. Tehran: Welfare and Rehabilitation University; ۲۰۰۷.p. ۸۶. (Persian)

Dimatheo, M. R. (۱۹۹۱). Health psychology, second volume; translation of Seyed Mehdi Moosavi Asl et al. (۲۰۰۸). Tehran: Samt Press. [Persian]

Glasser W, Reality Therapy , tranalated gy Ali Sahebi publishing sayeye sokhan ۲۰۱۲: ۱۲۹ .

Glasser , W. ( ۲۰۰۳ ) . Reality therapy . The Glasser institute Cited ۲۰۰۳ , Available from htm . [http : // www . wglasser . com / index](http://www.wglasser.com/index) .

- Glasser, W. (۱۹۹۸). Choice Theory, New York: HarperCollins.
- Glasser, W. (۲۰۰۰). Counseling with Choice Theory: The New Reality Therapy, New York: HarperCollins.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (۲۰۰۱). The prevention of mental health disorders in school- aged children: Current state of the field. Prevention and Treatment, ۴(۱), ۱- ۶۲.
- Kakia L. Effect of group counseling based on reality therapy on identity crisis in students of guidance schools. J Fundament Mental Health ۲۰۱۰; ۱:۴۳۰-۴۳۷. (Persian)
- Lazarus, S. & Folkman (۱۹۸۴), stress Appraisal and coping, New York. Springer.
- Loyd, B. D. (۲۰۰۵). The effectiveness of reality therapy / choice theory principles on high school student perception of needs satisfaction and behavior change. International Journal of Libomirsky S. why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in wellbeing. American ۲۰۰۰; ۳ (۵۶): ۲۳۹-۴۹.
- Pound, P. (۲۰۰۹). Choice therapy and psycho education for parents of out – of – competition adolescent. International Journal of Reality Therapy, ۲۹, ۳۴ -۴۹.
- Schoo, A., HaBell, S., & Bell, M. (۲۰۰۹). Choice needs and the filter. International Journal of theory and choosing presence: A reflection on Reality Therapy, ۲۹, ۱- ۲۴.
- Stobe, J. & Rambow, A. (۲۰۰۷) Perfectionism in adolescent school students. Relation with motivation, achievement, and well-being, Personality and Individual Differences ۴۲, ۱۳۷۹-۱۳۸۹.
- Weist, M. D., Sander, M A., Axelrod Lowie, J., & Christodulu, K. V. (۲۰۰۲). The expanded school mental health framework. Childhood Education, ۷۸(۵), ۲۶۹-۷۳.
- World Health organization (۲۰۱۴). Global status report on alcohol and health-Available online at [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1127736/1/9789240692763\\_eng.Pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1127736/1/9789240692763_eng.Pdf).